

矯正のご相談において、先にかがっておきたいことがあります。

個人情報保護の観点からお差支えのない範囲で可能なかぎり詳細に記入してください。

ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日 ( ) 歳
住所	〒		
自宅電話番号		通院時間 分くらい	通院手段
携帯電話番号		ネット・電子メールの利用	する・しない

ご本人のすなおなご意見をお聞きしたいので、難しく考えずにどうぞ率直にご記入ください。

1. 歯並びやかみ合わせについて、一番お気にされているのはどのような部分ですか。

言葉で表現しにくいときは絵でかいてもかまいません。

2. 今回ご相談にあたって、どういうことが気になりますか。該当するものに丸をつけてください。

(いくつでも可)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 自分の歯並びが本当にきれいな歯並びになるか不安  | <input type="checkbox"/> 矯正治療が最善の選択かどうかわからない |
| <input type="checkbox"/> どのタイミングで矯正治療を始めてよいかわからない | <input type="checkbox"/> 矯正治療が身体に影響があるか不安    |
| <input type="checkbox"/> 矯正治療が必要かどうか              | <input type="checkbox"/> 治療に抜歯が必要か不安         |
| <input type="checkbox"/> 矯正装置を装着すること自体に抵抗がある      | <input type="checkbox"/> 料金が最終的にいくらになるか不安    |
| <input type="checkbox"/> 器具を口のなかにつけることの影響が心配      | <input type="checkbox"/> 通院が学校や仕事の負担にならないか心配 |
| <input type="checkbox"/> 治療中の痛みがあるか心配             | <input type="checkbox"/> 年齢的に治療に不安がある        |
| <input type="checkbox"/> カード払いや分割がどこまで可能か知りたい     | <input type="checkbox"/> どのくらいの期間がかかるか心配     |
| <input type="checkbox"/> 家族の同意が必要でうまく説明できるか不安     |  |
| <input type="checkbox"/> 治療を始めてからの周囲(学校や職場)の反応が心配 |  |

その他 ( )

3. 当院のことをどういうきっかけでお知りになりましたか。

- 歯科医院からのご紹介 ( 医院名 )
- 通りがかりに看板を見て
- 当院で治療を受けている方からのご紹介 (お名前 様)
- インターネット ( 当院 HP・大人の矯正歯科サイト・携帯サイト・その他 )
- 広告 ( 電話帳・屋外の看板・新聞・雑誌・ほか ( ) )